

UJI KEPEKAAN INSTRUMEN PENGAJIAN RISIKO DEKUBITUS DALAM MENDETEKSI DINI RISIKO KEJADIAN DEKUBITUS DI RSIS

SENSITIVITY INSTRUMENT OF ASSESSMENT RISK DECUBITUS IN SCREENING EARLY DETECTION RISK OF DECUBITUS IN MOSLEM HOSPITAL OF SURAKARTA

Arif Widodo

Program Studi Keperawatan
Fakultas Ilmu Kedokteran
Universitas Muhammadiyah Surakarta
Jl. A. Yani, Tromol Pos I, Pabelan, Kartasura, Surakarta 57102

ABSTRAK

Dekubitus merupakan masalah yang sangat serius terutama bagi pasien yang harus dirawat lama di rumah sakit dengan keterbatasan aktifitas. Pasien-pasien tirah baring biasanya dirawat selama sekitar sepuluh hari. Lamanya hari perawatan serta kondisi penyakit akan mengancam terjadinya dekubitus. Perawat selama ini melakukan upaya pencegahan dekubitus dengan cara alih baring, tetapi tidak pernah mengukur seberapa besar risiko dekubitus pada pasien tirah baring. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas antara skala Braden dan Norton dalam mendeteksi dini dekubitus pada pasien tirah baring dalam area praktek keperawatan di RSIS. Jenis penelitian ini adalah studi komparatif karena peneliti tidak memberikan perlakuan kepada subjek penelitian, tetapi peneliti hanya memberikan penilaian terhadap dan membandingkan hasilnya mengenai uji kepekaan instrumen pengkajian dekubitus dengan cara observasi langsung terhadap responden. Rancangan penelitian yang digunakan adalah longitudinal, yaitu pengamatan tidak hanya dilakukan sekali sesuai dengan waktu yang ditentukan oleh peneliti. Observasi dilakukan pada hari ketiga, keenam, dan kesembilan. Hasil Penelitian menunjukkan bahwa dengan menggunakan uji beda independent samples t-test pada hari ke-tiga, ke-enam, dan ke-sembilan, kedua skala pengkajian menunjukkan adanya perbedaan dengan signifikansi $p = 0,004$ pada hari ketiga dan $p = 0,000$ pada hari ke-enam dan ke-sembilan. Skala pengkajian Norton lebih baik dalam

mendeteksi dini risiko dekubitus dibanding skala Braden. Penilaian derajat risiko dekubitus yang dilakukan pada waktu yang berbeda akan memberikan hasil yang tidak sama. Hal ini dapat diakibatkan beberapa faktor, diantaranya adalah keberhasilan praktek perawatan dalam mengantisipasi risiko dekubitus, sehingga perawat dapat melakukan upaya pencegahan agar risiko dekubitus pada pasien tirah baring di RSIS dapat dikurangi.

Kata Kunci: tirah baring, deteksi dini, dekubitus.

ABSTRACT

Decubitus were seriously problem for the patient who cared in long term care in the hospital with problem activity imobility. Bed rest patient's commonly cared within 10 (ten) days. Long term cared and disease condition will treat for accurence decubitus. Recently the nurse do some decubitus preventive care, but do not measure the risk of decubitus in bed rest patient. This research aims to know efectivity scale assessment risk of decubitus among Norton and Braden scale in bedrest patien in nursing practice area in RSIS. Type of this research was comparative study because the researcher do not give treatment for the subject, but only give evaluation by direct observation to the responden. The research design was longitudinal by observation was not one time and base on time determined by researcher observation done in third day, sixth day, and nineth day. Result of this research showed that with mean test difference independent sample t-test in third day, sixth day, dan nineth day, two scale of assessment show difference with significancy $P = 0,004$, in third day, $P = 0,000$ in sixth day, and nineth day. Instrument sc Norton scale more better sensitivity assessment risk decubitus in detection risk of decubitus than Braden scale. Evaluastion degree of decubitus risk done in difference result, because some factor, involves the successfully nursing practice for anticipatory of decubitus risik, so the nurse can do some action to prevent decubitus risk of bed rest patient in RSIS.

Keywords: imbolity, early detection, decubitus.

PENDAHULUAN

Dekubitus merupakan masalah yang sangat serius terutama bagi pasien yang harus dirawat lama di rumah sakit dengan keterbatasan aktifitas *Multiple and life threatening medical complications* dapat terjadi akibat dari timbulnya

dekubitus selama pasien dirawat dirumah sakit. Akibat dari hal tersebut diatas, timbulnya dekubitus juga dapat meningkatkan durasi lamanya tinggal di rumah sakit atau LOS (*length of stay*) sehingga hal ini akan meningkatkan beban terutama biaya rawat inap akan meningkat seiring dengan lamanya waktu tinggal di rumah sakit.

Dari beberapa studi yang diadakan di negara maju, angka kejadian dekubitus pada pasien yang dirawat di rumah sakit ada kecenderungan mengalami peningkatan, terutama pasien usia lanjut dengan kasus gangguan neurologik. Berdasarkan studi Amstrong et all, cit. Handoyo (2002) yang dilakukan di Amerika menunjukkan bahwa 3% – 10% pasien yang dirawat di rumah sakit mengalami dekubitus. Di Indonesia pasien yang dirawat di rumah sakit terutama di bangsal penyakit bedah, dan bangsal penyakit dalam banyak yang mengalami dekubitus. Untuk deteksi dini terhadap adanya dekubitus diperlukan suatu alat pengkajian yang dapat menilai derajat luka dekubitus.

Dari survey awal yang dilakukan peneliti, dapat disimpulkan bahwa ternyata semua perawat di Rumah Sakit Islam Surakarta (RSIS) belum pernah menggunakan skala pengkajian untuk mendeteksi dini kejadian dekubitus. Kepala ruang perawat di ruang Al Fajr, Al Kautsar, Al Qomar, dan Asy-Syam belum pernah menggunakan model skala pengkajian dekubitus. Ungkapan dari salah satu kepala ruang perawat sebagai berikut, “aku belum pernah mendengar adanya skala pengkajian dekubitus”. Perawat selama ini melakukan upaya pencegahan dekubitus dengan cara alih baring, tetapi tidak pernah mengukur seberapa besar risiko dekubitus pada pasien tirah baring. Bahkan salah satu perawat yang peneliti tanya mengungkapkan, “ndak usah diukur, kalau sekiranya terjadi dekubitus, baru kita tangani dengan baik”.

Skala dekubitus yang sudah ada saat ini diantaranya adalah : skala Norton, Braden, Waterlow, dan Modified Norton Scale (MNS). Skala tersebut sangat berguna untuk mengidentifikasi dan memprediksi risiko dekubitus. Tetapi dari beberapa penelitian masih melaporkan adanya perbedaan yang beragam dalam menyimpulkan hasilnya. Norton, Mc Laren dan Exton Smith dalam Handoyo (2002). menyatakan bahwa skala Norton sangat sederhana dan reliabel untuk menilai perkembangan skala dekubitus.

Untuk mengurangi angka kejadian dekubitus tersebut, perawat sangat berperan dalam mencegah timbulnya dekubitus dengan cara deteksi awal terhadap timbulnya dekubitus dengan menggunakan skala. Pada saat ini ada beberapa skala yang bisa digunakan untuk mendeteksi dini terhadap timbulnya dekubitus dengan cara mengkategorikan terhadap derajat risiko timbulnya dekubitus. Skala tersebut sudah dikenal di negara-negara maju, tetapi di Indonesia skala tersebut belum banyak dikenal oleh perawat.

1. Pengertian Dekubitus

Beberapa pengertian dekubitus adalah :

- a. Luka dekubitus adalah suatu area yang terlokalisir dengan jaringan yang mengalami nekrosis dan biasanya terjadi pada permukaan tulang yang menonjol, sebagai akibat dari tekanan dalam jangka waktu yang lama menyebabkan peningkatan tekanan kapiler (Suriadi 2004).
- b. Dekubitus adalah area jaringan nekrosis yang muncul ketika jaringan lunak tertekan antara tulang yang menonjol dan permukaan eksternal (tempat berbaring) dalam waktu yang lama (Potter & Perry, 1997).

Dari pengertian diatas dapat diambil kesimpulan pengertian dekubitus adalah kerusakan kulit dan jaringan dibawahnya sebagai akibat penekanan yang lama sehingga pembuluh darah terjepit dan jaringan yang berada disekitar daerah tersebut tidak memperoleh suplai darah, makanan, dan oksigen sehingga berakibat jaringan tersebut mengalami kematian.

2. Klasifikasi Dekubitus.

Dekubitus akan terjadi apabila pasien tidak dilakukan mobilisasi selama 6 jam. Bila dekubitus sudah ada, berdasarkan gambaran klinis Djunaedi dkk (1990) membagi dekubitus dalam 4 stadium :

a. Stadium I

Ulserasi terbatas pada *epidermis* dan *dermis* dengan *eritema* pada kulit. Penderita dengan sensibilitas baik akan mengeluh nyeri. Stadium ini umumnya reversibel dan dapat sembuh dalam 5-10 hari.

b. Stadium II

Ulserasi mengenai *dermis* dan meluas sampai jaringan *adipose*, terlihat *eritema* dan *indurasi* (melepuh) Stadium ini dapat sembuh dalam 10-15 hari.

c. Stadium III : *Ulserasi* meluas sampai ke lapisan lemak subkutis dan otot, sudah mulai terganggu dengan adanya *edema*, *inflamasi*, infeksi, dan hilangnya struktur. Tepi ulkus tidak teratur dan terlihat *hiper* atau *hipopigmentasi* dengan *fibrosis*. Biasanya sembuh dalam waktu sekitar 3-8 minggu.

d. Stadium IV: *Ulserasi* dan *nekrosis* meluas mengenai fascia, otot, tulang serta sendi dapat terjadi *arthritis septic* atau *osteomielitis*, dan sering disertai *anemia*. Dapat sembuh dalam waktu sekitar 3-6 bulan.

3. Pengkajian Risiko Dekubitus

Skala pengkajian risiko dekubitus adalah suatu alat yang dapat mendeteksi dekubitus selama pasien dirawat di rumah sakit. Ada beberapa skala

pengkajian yang ada pada saat ini, tetapi ada empat skala yang sering digunakan untuk mendeteksi dekubitus, terutama di negara-negara maju seperti Amerika dan Inggris. Empat skala itu adalah : Norton Scale, The Braden Scale, The Modified Norton Scale, dan The Waterlow Scale.

a. *The Norton Scale* (Skala Norton).

Pada awal tahun 1960, Norton memperkenalkan skala pengkajian dekubitus untuk memprediksi timbulnya dekubitus pada pasien usia lanjut. Skala ini diciptakan berdasarkan pengalaman klinik yang mencakup lima variabel. Variabel tersebut adalah : a). kondisi fisik, b) kondisi mental, c) aktifitas, d) mobilitas, dan e) inkontinensia. Maksimum skore yang dapat dicapai pada skala ini adalah 20. Skore lebih dari 18 berarti risiko dekubitus masih rendah, 14-18 risiko sedang, 10-13 risiko tinggi dan kurang dari 10 termasuk kategori sangat tinggi. Validitas skala ini juga sudah diteliti oleh beberapa studi dengan menampilkan sensitivitas dan spesifikasi pada area yang berbeda-beda. Keunggulan skala ini adalah karena sangat simpel untuk digunakan dan tidak memerlukan waktu yang lama untuk menggunakannya.

b. *The Braden Scale* (Skala Braden)

Skala Braden secara umum hampir sama dengan skala sebelumnya. Tetapi ada beberapa tambahan komponen yang tidak dimiliki oleh skala sebelumnya. Skala Braden diciptakan di Amerika pada area nursing home (Braden, et all, 1987). Skala Braden terdiri dari 6 variabel yang meliputi persepsi-sensori, kelembaban, tingkat aktifitas, mobilitas, nutrisi, dan gesekan dengan permukaan kasur (matras). Skore maksimum pada skala Braden adalah 23. Skore diatas 20 risiko rendah, 16-20 risiko sedang, 11-15 risiko tinggi, dan kurang dari 10 risiko sangat tinggi. Seperti halnya skala Norton, skala Braden juga sudah divalidasi oleh beberapa peneliti.

METODE PENELITIAN

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *studi komparatif* (Sugiono, 2000) karena peneliti tidak memberikan perlakuan kepada subjek penelitian, tetapi peneliti hanya akan menguji perbedaan dua instrumen pengkajian dekubitus yang akan digunakan untuk mengkaji pasien tirah baring.. Rancangan penelitian yang digunakan adalah *longitudinall*, yaitu pengamatan tidak hanya dilakukan sekali, tetapi tiga kali sesuai dengan waktu yang ditentukan oleh peneliti. Pengkajian risiko dekubitus dilakukan padahari ketiga, keenam, dan kesembilan.

2. Populasi dan sampel penelitian

a. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian (Notoatmodjo, 2002), demikian pula menurut Murti (2003), populasi adalah keseluruhan elemen / subjek riset. Populasi penelitian ini adalah pasien dewasa yang dirawat di ruang penyakit dalam dan penyakit bedah ruang rawat inap di RSIS.

b. Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi. Karena merupakan bagian dari populasi, maka harus memiliki ciri-ciri yang dimiliki populasi (Azwar, 2001), sedangkan menurut Hidayat (2003), sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah karakteristik yang dimiliki populasi. Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh pasien tirah baring di RSIS.

Pengambilan sampel secara Total populasi yang dibatasi waktu. Pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah pasien yang termasuk kriteria inklusi yang dirawat di RSIS antara tanggal 1 April sampai dengan 15 Mei 2007. Sampel yang memenuhi kriteria inklusi yang dirawat di RSIS dari tanggal 1 April – 15 Mei 2007 disurvei menggunakan dua skala pengkajian dekubitus. Kriteria inklusi yang akan dijadikan sampel dalam penelitian ini adalah :

- 1) Pasien tirah baring yang dirawat minimal 9 hari.
- 2) Bersedia dijadikan responden dalam penelitian ini

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Dari data yang terkumpul telah dilakukan pengolahan dan analisa data dengan hasil sebagai berikut :

1. Analisis Univariat

a. Karakteristik Responden

1). Umur

Pengelompokan umur pada penelitian dikelompokkan sesuai dengan usia perkembangan sosial dari Erick Erikson, yaitu; usia bayi (0-18 bulan), usia toddler (1,5 -3 tahun), pra sekolah (3-6 tahun), usia sekolah (6-12 tahun), usia remaja (12-18 tahun), usia dewasa muda (18-25 tahun), usia dewasa (25-65 tahun) dan usia dewasa tua e" 65 tahun, (Stuart and Sundeen, 1998).

Responden yang paling banyak adalah yang berusia dewasa (antara 25-65 tahun) yaitu sebanyak 25 orang atau 62,5%, diikuti kelompok usia dewasa

tua (e" 65 tahun) sebanyak 12 orang atau 30%, Jumlah yang terkecil pada kelompok usia remaja, yaitu hanya 1 orang atau 2,5%. Sedangkan responden yang berusia bayi sampai dibawah remaja tidak ada. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Dihadjo dkk. (2005) yang menyatakan bahwa pasien defisit neurologis risiko dekubitus yang dirawat di RSUP dr. Sardjito Yogyakarta, mayoritas adalah usia antara 25-40 tahun, yaitu sebanyak 68%.

Namun penelitian ini berbeda dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh Prentice dan Stacey dalam Sumardino dkk. (2007) bahwa yang mempunyai risiko besar terjadi dekubitus adalah pada usia lanjut. Avello dan Braden (2002) juga mengungkapkan bahwa risiko terjadinya dikubitus akan semakin besar ketika usia diatas 80 tahun. Perbedaan ini disebabkan responden dalam penelitian tidak hanya dilakukan pada usia lanjut, namun pada responden yang mengalami imobilisasi.

2). Jenis kelamin

Jumlah responden laki-laki 28 orang (70%), dan perempuan 12 orang (30%). Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitiannya Setiyajati (2002) bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dan kejadian dekubitus. Menurut Suriadi (2004) jenis kelamin bukan termasuk faktor risiko dekubitus. Ada beberapa faktor hormonal penting yang kemungkinan berperan dalam menerangkan adanya perbedaan antara pria dan wanita, yaitu kaum wanita dilindungi oleh hormon estrogen sebelum masa menopause. Pengaruh perilaku dan hubungan sosial, seperti kebiasaan merokok dan minum-minuman keras yang sering dilakukan laki-laki dapat menerangkan perbedaan jenis kelamin.

b. Diagnosa Medis

Dari 40 responden, diagnosa medis sangat bervariasi. Diagnosa medis yang terbanyak adalah kasus Orthopaedi sebanyak 10 (25%), diikuti kasus hepatologi sebanyak 8 (20%). Kasus digestikus seperti laparotomy, dan thypoid hanya 3 responden (7,5%). Hasil penelitian ini berbeda dengan yang dilakukan oleh Setiyajati (2002) bahwa kasus dekompensasi kordis menempati urutan pertama yang berisiko dekubitus dari sepuluh besar penyakit periode 2002 yang dirawat di RSUD dr Soeradji Tirtonegoro.

Peneliti mengelompokan diagnosa medis responden menjadi 7 besar, meliputi ; kasus orthopaedi (fraktur: femur, cruris, mandibula, patela, dan clav-icula), kasus urologi (ca prostat, nefrolitiasis, nefrotic syndrom), kasus neurologis, kasus dekompensasi kordis, kasus digestivus, kasus endokrin, dan kasus hepatologi. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Menurut Pengelompokan Kasus

Pengelompokan Kasus	Frekuensi	Prosentase
Orthopaedi	10	25%
Bedah Urologi	5	12,5%
Neruologis	6	15%
Hepatology	8	20%
Cardiology	4	10%
Disgestivus	3	7,5%
Endokrin	4	10%
Total	40	100%

2. Analisis Bivariat

a. Distribusi derajat risiko dan efektifitas setiap skala

1) Skala Braden

Distribusi derajat risiko dekubitus menggunakan skala Braden dapat digambarkan pada tabel 2 sebagai berikut:

Tabel 2. Distribusi Derajat Risiko Pengkajian Dekubitus Menggunakan Skala Braden

Skala	Derajat Risiko	Pengkajian Hari Ke..		
		3	6	9
Braden	Rendah	2 = 5%	6 = 15%	10 = 25%
	Sedang	12 = 30%	18 = 45%	19 = 47,5%
	Tinggi	22 = 55%	12 = 30%	8 = 20%
	Sangat tinggi	4 = 10%	4 = 10%	3 = 7,5%
	N	40 = 100%	40 = 100%	40 = 100%

Dari tabel 2 dapat dilihat bahwa pengkajian risiko dekubitus menggunakan skala Braden dapat mendeteksi kejadian risiko dekubitus sangat tinggi pada hari ke-tiga hanya sebesar 10%, pada hari ke-enam hanya sebesar 10% dan pada hari ke-sembilan hanya sebesar 7,5%. Bila dibuat rata-rata risiko sangat tinggi kejadian luka tekan pada skala Braden adalah hanya 9,2%, risiko tinggi 35% risiko sedang 40,8.%, dan risiko rendah 15%.

2) Skala Norton.

Distribusi derajat risiko dekubitus menggunakan skala Norton dapat digambarkan pada tabel 3.

Tabel 3. Distribusi Derajat Risiko Pengkajian Dekubitus Menggunakan Skala Norton

Skala	Derajat Risiko	Pengkajian Hari Ke..		
		3	6	9
Norton	Rendah	-	-	-
	Sedang	5 = 12,5%	6 = 15%	15 = 37,5%
	Tinggi	24 = 60%	25 = 62,5%	20 = 50%
	Sangat tinggi	11 = 27,5%	9 = 22,5%	5 = 12,5%
	N	40 = 100%	40 = 100%	40 = 100%

Dari hasil distribusi derajat risiko dengan menggunakan skala Norton, dapat dijelaskan bahwa skala Norton memiliki kemampuan mendeteksi risiko kejadian dekubitus sangat tinggi yaitu pada hari ketiga sebesar 27,5%, hari ke-enam, 22,5% dan pada hari ke-sembilan sebesar 12,5%. Bila dibuat rata-rata risiko sangat tinggi kejadian dekubitus pada skala Norton adalah 20,7%, risiko tinggi 57,5%, dan risiko sedang 21,8%, serta tidak ada responden yang di deteksi risiko rendah dengan menggunakan skala Norton.

Hasil penelitian ini sangat relevan dengan penelitian yang dilakukan oleh Van marum, Ooms, Ribbe & Van Eijk dalam Handoyo (2002) yang menyimpulkan bahwa skala Norton lebih baik mendeteksi risiko dekubitus pada pasien yang dirawat di *Nursing home* dibandingkan dengan skala yang lain. Lebih lanjut Vernom & Benneth, dalam Handoyo (2002) mengatakan bahwa ketajaman skala Norton untuk memprediksi derajat risiko dekubitus adalah karena skala Norton merupakan skala yang paling simpel dan mudah untuk digunakan oleh

perawat dalam menentukan derajat risiko dekubitus, sehingga hal ini akan mempermudah perawat dalam merekam hasil dari pasien yang akan dinilai dengan skala Norton dibandingkan dengan skala lain yang lebih rumit seperti skala Waterlow.

Sementara itu Wardman dalam Handoyo (2002) mengatakan bahwa skala Norton merupakan skala pengkajian risiko dekubitus yang sudah divalidasi di berbagai area dan menunjukkan kriteria sebagai skala pengkajian risiko dekubitus yang baik untuk memprediksi kejadian dekubitus. Hal ini menguatkan bukti bahwa skala Norton dapat digunakan untuk berbagai area walaupun pada awalnya skala ini dikhususkan pada pasien yang dirawat di *Nursing Home* dan hanya untuk pasien lanjut usia.

Skala Braden dapat menunjukkan skala risiko rendah dalam mendeteksi kejadian risiko dekubitus, pada hari ketiga sebesar 5%, pada hari keenam sebesar 15%, dan pada hari kesembilan sebesar 25% atau rata-rata dapat mendeteksi risiko dekubitus skala rendah sebesar 15%. Meskipun variable yang ada pada skala Braden hampir sama dengan skala Norton. Hal ini dimungkinkan karena berdasarkan study Gunninberg et al. Dalam Handoyo (2002) mengatakan bahwa skala Braden dan MNS dirancang untuk digunakan di bangsal unit gawat darurat (*Accident and Emergency Departement*), sementara itu study ini dilakukan di bangsal bedah dan dalam (*Medical and Surgical Departement*). Sehingga keadaan umum dan kondisi pasien berbeda dengan pasien yang dirawat di unit gawat darurat.

Hasil yang didapatkan dari penilaian risiko dekubitus yang dilakukan di RSIS diluar dugaan penulis, karena ternyata penilaian yang dilakukan pada waktu berbeda, akan memberikan hasil yang tidak sama. Hal ini dapat dilihat dari hasil penilaian pada hari ketiga dengan menggunakan skala Norton risiko sangat tinggi mencapai 11 pasien (27,5%), namun menurun pada hari ke-enam menjadi 9 pasien (22,5%), dan hanya tinggal 5 pasien (12,5%) pada hari kesembilan. Demikian juga yang dikaji menggunakan skala Braden, pada hari ketiga hanya ada 2 pasien (5%) dinilai berisiko rendah, namun bertambah menjadi 6 pasien (15%) pada hari keenam dan mencapai 10 orang (25%) yang termasuk risiko dekubitus rendah. Hal ini dapat diakibatkan beberapa faktor, diantaranya adalah keberhasilan praktek perawatan dalam mengantisipasi risiko dekubitus, sehingga perawat dapat melakukan upaya pencegahan, dengan demikian risiko dekubitus pada pasien tirah baring di RSIS dapat dikurangi.

Hasil tersebut memberikan gambaran bahwa penilaian risiko dekubitus dapat berubah-ubah setiap hari sesuai dengan kondisi pasien dan upaya perawat dalam merawat dan mencegah dekubitus pada pasien tirah baring. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Pang et.all di Hongkong dalam

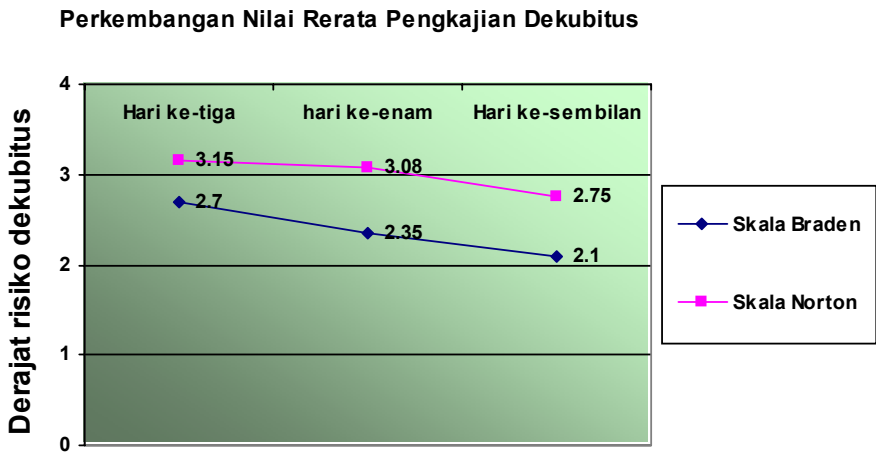
Handoyo (2002) yang menyatakan bahwa pasien harus dinilai keadaan kulitnya setiap hari sampai ditemukan kejadian dekubitus atau paling lama dinilai selama 14 hari.

b. Perbedaan skala pengkajian risiko dekubitus

Perbedaan rata-rata skala pengkajian risiko dekubitus pada pasien tirah baring dan uji beda untuk menilai tingkat kepekaan pengkajian risiko dekubitus pada pasien tirah baring di RSIS disajikan pada gambar 4 dan tabel 7 di bawah ini:

1) Perbandingan rata-rata skala pengkajian dekubitus.

Rata rata penilaian skala dekubitus antara skala Braden dan Norton dalam mengkaji pasien tirah baring pada hari ke-tiga, ke-enam, dan ke-sembilan dapat dilihat pada Gambar 1 dibawah ini.



Gambar 1 : Perkembangan Nilai Rerata Pengkajian Dekubitus antara Skala Braden dan Norton pada Hari Ketiga, Keenam, dan Kesembilan

Berdasarkan pada gambar 1 di atas menunjukkan bahwa dari kedua skala yang diuji, skala Norton lebih baik dalam mendeteksi dini dekubitus pada pasien tirah baring dari pada skala Braden. Pada hari ke-tiga, skala Norton dapat mendeteksi dini 40 pasien tirah baring dengan rata-rata 3,15, pada hari ke-enam 3,08, dan pada hari ke-sembilan 2,75. Sedangkan skala Braden pada hari ke-tiga hanya dapat mendeteksi dini 40 pasien tirah baring dengan rata-rata

2,70, pada hari ke-enam 2,35, dan pada hari ke-sembilan 2,10.

Hasil studi ini sama dengan studi yang dilakukan oleh Bergstrom et al, dalam Handoyo (2002). Dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa skala Braden dan Norton mempunyai kemampuan yang tinggi dibanding dengan skala MNS dan Waterlow dalam mengklasifikasikan derajat risiko terhadap kemungkinan timbulnya dekubitus. Hal ini dikarenakan beberapa faktor. Pertama jumlah item yang ada pada skala Braden dan Norton lebih terfokus kearah faktor penyebab timbulnya dekubitus seperti aktivitas dan mobilitas. Kedua komponen skala pada kedua skala tersebut diatas juga sangat simpel dan mudah dimengerti. Hal inilah yang memungkinkan skala Braden dan Norton memiliki kemampuan yang sama. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian tersebut adalah, bahwa dalam penelitian ini skala Norton lebih peka dalam mendeteksi dini skala dekubitus. Pada hari ketiga, keenam, dan kesembilan, skala Norton lebih peka dalam mendeteksi dini risiko dekubitus pada pasien tirah baring dibanding skala Braden.

Pada tabel 4 juga dapat kita lihat bahwa pengkajian pada hari ketiga, keenam, dan kesembilan akan memberikan hasil yang berbeda pula. Skala Braden dan skala Norton akan mendeteksi dini dekubitus dengan rata-rata (mean) yang semakin mengecil. Hal ini menunjukkan bahwa penilaian angka risiko dekubitus dapat berubah-ubah setiap hari sesuai dengan kondisi pasien, dan pelayanan perawatan yang diberikan dalam upaya mencegah risiko dekubitus. Disamping itu, peran perawat dalam memberikan penyuluhan kesehatan pada keluarga agar dapat merawat keluarganya juga berpengaruh terhadap pencegahan dekubitus pada pasien tirah baring. Hal ini sesuai penelitian Dihadjo dkk., (2005) yang menyatakan bahwa keterlibatan keluarga dalam upaya pencegahan dekubitus pada pasien defisit neurologis di ruang Dahlia RSUP dr. Srdjito Yogyakarta termasuk dalam kategori baik. Peran perawat sebagai pemberi informasi yang benar dan akurat mengenai dekubitus dan pencegahannya kepada pasien dan keluarganya perlu ditingkatkan.

- 2) Uji Beda deteksi dini risiko dekubitus antara skala Braden dan Norton. Analisis uji beda skala pengkajian risiko dekubitus pada pasien tirah baring di RSIS menggunakan uji *independent sample t-test*. Hasilnya dapat dilihat pada tabel 4.

Tabel 4. Signifikansi Perbedaan Skala Braden dan Norton dalam Pengkajian Deteksi Dini Risiko Dekubitus pada Pasien Tirah Baring

<i>Variabel</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>df</i>	<i>Mean difference</i>	<i>Sig. (2 tailed)</i>
Braden hari ke-3	40	2,70	78	-0,45	0,004
Norton hari ke-3	40	3,15	76,299		
Braden hari ke-6	40	2,35	78	-0,73	0,000
Norton hari ke-6	40	3,08	70,486		
Braden hari ke-9	40	2,10	78	-0,65	0,000
Norton hari ke-9	40	2,75	73,171		

Berdasarkan hasil uji beda *independent samples t-test* di atas dapat disimpulkan bahwa dari kedua skala yang diuji, skala Braden dan Norton memiliki kemampuan yang berbeda dalam mendeteksi dini risiko dekubitus pada pasien dengan tingkat signifikansi $\bar{n} < 0,05$. Pada hari ke-tiga $\bar{n} = 0,004$ ($\bar{n} < 0,05$), hari ke-enam dan ke-sembilan perbedaan kedua skala menunjukkan perbedaan yang signifikan ($\bar{n} = 0,000$). Bila dilihat rata-rata, skala Norton lebih peka dalam mendeteksi dini risiko dekubitus dibanding skala Braden.

Hasil penelitian ini sesuai dengan studi yang dilakukan oleh Schoonhoven, et al. di Nederland dalam Handoyo (2002) yang menyimpulkan bahwa skala pengkajian risiko dekubitus memiliki perbedaan yang signifikan antara skala Norton, Waterlow, Braden dan MNS dalam mengklasifikasikan derajat risiko luka dekubitus. Namun demikian, penelitian ini bertolak belakang dengan studi yang dilakukan Meiche Pang & Kwok-shing Wong (1998) yang menyimpulkan bahwa skala Braden, Norton, dan Waterlow mempunyai kemampuan yang sama dalam memprediksi derajat resiko kejadian luka tekan (*dekubitus ulcer*). Hal ini dapat dijelaskan bahwa kepekaan skala bisa disebabkan karena perbedaan setting penelitian. Pada dua studi diatas yang menunjukkan perbedaan hasil di karenakan tempat dan populasi penelitian yang berbeda.

SIMPULAN DAN SARAN

1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa dua skala yang diuji untuk mendeteksi risiko dekubitus pada pasien tirah baring, skala Norton dapat mendeteksi risiko dekubitus lebih peka dibanding skala Braden. Dengan menggunakan uji beda *independent samples t-test* pada hari ke-tiga, ke-enam, dan ke-sembilan, kedua skala pengkajian menunjukkan adanya perbedaan dengan signifikansi $\bar{n} = 0,004$ pada hari ketiga dan $\bar{n} = 0,000$ pada hari keenam dan kesembilan.

Bila dibuat rata-rata, skala Norton lebih peka dalam mendeteksi dini dekubitus dibanding skala Braden. Pada hari ketiga skala Braden hanya menunjukkan rata-rata 2,70, sedangkan skala Norton 3,15. Pada hari keenam skala Braden hanya menunjukkan rata-rata 2,35, dan skala Norton 3,08, dan pada hari kesembilan skala Braden menunjukkan rata-rata 2,10 sedangkan skala Norton 2,75.

Ternyata penilaian derajat risiko dekubitus yang dilakukan pada waktu yang berbeda akan memberikan hasil yang tidak sama. Hal ini dapat diakibatkan beberapa faktor, diantaranya adalah keberhasilan praktek perawatan dalam mengantisipasi risiko dekubitus, sehingga perawat dapat melakukan upaya pencegahan agar risiko dekubitus pada pasien tirah baring di RSIS dapat dikurangi.

2. Saran

Setelah peneliti menyimpulkan hasil penelitian ini maka menyarankan hal-hal sebagai berikut:

1. Untuk mengurangi kejadian dekubitus di rumah sakit, perlu adanya penerapan skala pengkajian risiko dekubitus. Untuk itu perlu adanya standar operasional prosedur (SOP) dalam mengkaji dekubitus menggunakan skala yang paling peka dan paling mudah digunakan khususnya bagi perawat. Hal ini akan membantu mendeteksi dini risiko dekubitus bagi pasien tirah baring yang mengalami ketergantungan total.
2. Perlu dibuat SOP penanganan bagi pasien yang sudah diketahui memiliki derajat risiko dekubitus yang tinggi contohnya dengan alih baring setiap 2 jam atau penggunaan matrass / kasur anti dekubitus.
3. Perlu penelitian lebih lanjut mengenai kemampuan perawat dalam menggunakan skala pengkajian risiko dekubitus, perbedaan kejadian dekubitus pada pasien tirah baring yang selalu dikaji dengan skala dekubitus dibanding dengan pasien tirah baring yang tidak pernah dikaji dengan skala dekubitus, dan penelitian lainnya yang berkaitan dengan dekubitus.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar S., (2001), *Metodologi Penelitian*, cetakan ketiga, Pustaka pelajar, Yogyakarta.
- Braden B, Bergstrom N. (2000). Braden Scale. From [http : // www.thomashilfen de?thevo/e/Braden Scale.htm](http://www.thomashilfen.de?thevo/e/Braden%20Scale.htm). Tanggal akses 25-04-2006.
- Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Dep. Kes. R.I, (1998) *Petunjuk Pelaksanaan Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit*, Jakarta.
- Dihardjo S., Christanti E. , Haryanti (2005), Keterlibatan Keluarga dalam Upaya Pencegahan Dekubitus pada Pasien Defisit Neurologis, *Jurnal Berita Kedokteran Masyarakat*, triwulan 1 , tahun XXI, ISSN 0215-1936., Program Pascasarjana UGM., Yogyakarta.
- Djunaedi H., Sjaiful F. D. Mochtar H. (1990). *Ulkus dekubitus*. *Cermin Dunia Kedokteran* no. 64, Yayasan Penerbitan IDI, Jakarta
- Handoyo (2002), *Pemakaian skala pengukuran kejadian dekubitus di RSUD Prof. dr*.
- Margono Purwokerto, Skripsi tidak dipublikasikan, Prodi Keperawatan PSIK UMY, Yogyakarta.
- Hidayat A.A., (2003), *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*, Edisi pertama, Salemba, Jakarta.
- Mei-che Pang, S., and Kwok-shing Wong, T. (1998). Predicting pressure sore risk with the Norton, Braden, and Waterlow scales in a Hong Kong rehabilitation Hospital. *Nursing Research*, 47(3), 147–153.
- Murti B., (2003), *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, edisi 1, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Nettina MS, (1996), *Manual of Nursing Practice*, 6th Edition, Philadelphia.
- Notoatmodjo S., (2002), *Metodologi Penelitian Kesehatan*, cetakan kedua, edisi revisi, Rineka Cipta, Jakarta
- Potter & Perry, (1993) *Fundamental of Nursing Concepts, Process and Practice*, Philadelphia, USA.
- Stuart and Sundeen (1998), *Pocket Guide to Psychiatric Nursing* (terjemahan), alih bahasa Yani. A. EGC, Jakarta.

- Setiyajati A. (2002), Faktor – faktor yang Mempengaruhi Kejadian Dekubitus pada Pasien Tirah Baring di RSUD dr. Moewardi Surakarta, Skripsi, Prodi Keperawatan FK UGM, Yogyakarta.
- Sugiono, (2000) Statistik untuk Penelitian, CV, Alfabeta, Bandung.
- Sumardino, Lestari S., Widodo (2007). Evaluation of Effectiveness : Braden Scale, Norton Scale and Waterlow Scale to Identity The Risk of Pressure Ulcer in The Orthopaedic Hospital of Prof. Dr. Soeharso. Motorik Journal of Health Sciences vol.2No. 3. ISSN 1907-128X
- Suriadi (2004) Perawatan Luka, CV Sagung Seto, Jakarta.